



## Einwilligungserklärung zur Durchführung einer genetischen Untersuchung

**Hinweis: Anforderungen ohne Einwilligungserklärung können nicht bearbeitet werden.**

Die Informationen gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) zur Aufklärung/genetischen Beratung vor/nach genetischen Untersuchungen habe ich zur Kenntnis genommen. Über die genetischen Grundlagen sowie die Aussagemöglichkeiten und -grenzen der Diagnostik bin ich ärztlich umfassend aufgeklärt worden.	
Ich bin damit einverstanden, dass bei <input type="radio"/> mir selbst <input type="radio"/> meinem Kind <input type="radio"/> der von mir betreuten Person	
Name: _____ Vorname: _____ Geb. _____	
im Hinblick auf die folgende Erkrankung / Störung / Diagnose eine genetische Untersuchung an der/den Blut- bzw. Gewebeprobe/n durchgeführt wird :	
Mit der evtl. Weiterleitung des Untersuchungsauftrags an ein Kooperationslabor bin ich einverstanden.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<b>Bitte entscheiden Sie als Patient/in selbst darüber, was mit Ihrer Probe und den Ergebnissen nach Abschluss der Untersuchung geschehen soll. Ansonsten gelten die üblichen gesetzlichen Vorgaben.</b>	
Die <b>Ergebnisse/Befunde der Untersuchung(en)</b> sollen nach 10 Jahren vernichtet werden.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Das <b>Probenmaterial</b> soll für ggf. weitere diagnostische Untersuchungen ohne zeitliche Befristung aufbewahrt werden (z. B. Pränataldiagnostik, Familienuntersuchungen).	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Ich bin mit einer eventuellen Verwendung von anonymisiertem, überschüssigem Probenmaterial für wissenschaftliche Fragestellungen oder zum Zwecke der Lehre bzw. zur allgemeinen Qualitätssicherung einverstanden.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Mir ist bekannt, dass das durchführende Labor die Untersuchungsergebnisse bzw. das Gutachten nur an die/den mich beratende/n Ärztin/Arzt und zusätzlich an die nachfolgend aufgeführten Ärzt/innen bzw. Institutionen übermitteln darf:	
<b>Bitte Name(n) und Anschrift(en) leserlich eintragen.</b>	
Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich mein Einverständnis jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise schriftlich zurückziehen kann. Mir ist bekannt, dass ich eingeleitete Untersuchungsverfahren bis zur Ergebnismitteilung jederzeit stoppen, die Vernichtung meines Untersuchungsmaterials einschließlich aller daraus gewonnenen Komponenten sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann.	
Ort, Datum:	Unterschrift der Patientin /des Patienten /des (gesetzlichen) Vertreters:

<b>Beratender Arzt gemäß GenDG</b>	
Eine Aufklärung gemäß Gendiagnostikgesetz hat stattgefunden.	
Ort, Datum:	Unterschrift der verantwortlichen ärztlichen Person / Praxisstempel: